



СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

РЕПОЗИТОРИЙ БРГАУ

Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная
"больница"

3 1 1 8 9 3

СИГНАЛЬНЫЙ

61 (063)
С 568

СИГНАЛЬНЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест
"Альтернатива"
2009

РЕПОЗИТОРИЙ ГРГМУ

9. Применение таурина для лечения острого панкреатита И.Г. Жук [и др.] // Весті АН Беларусі. Сер. хім. навук. – 1997. – № 2. – С. 74–78.
10. Statistical analysis of amino acid pool structure in donors blood plasma L.I. Nefyodov [и др.] // Zdravoochranenie Belarusi. – 1991. – No.11. – P. 10–14.

СМОТРИН С.М., КУЗНЕЦОВ А.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

МАЛЫЕ АМПУТАЦИИ СТОПЫ ПРИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Последние десятилетия ознаменованы значительным увеличением количества пациентов страдающих окклюзионными заболеваниями артерий нижних конечностей, неизбежно приводящими к хронической артериальной недостаточности нижних конечностей (ХАННК). ХАННК в более чем в 50% случаев осложняется различными по морфологии гнойно-некротическими изменениями на стопах. Хирургическое лечение этой категории больных – одна из труднейших проблем практической медицины. Мировая статистика свидетельствует, что несмотря на успехи реконструктивной ангиохирургии количество высоких ампутаций нижних конечностей (ВАНК), выполняемых по поводу этих осложнений не снижается, при этом общая летальность колеблется от 8% до 23%. Важно отметить, что при столь высоком удельном весе «высоких» ампутаций, патологический процесс в 60–65% случаях локализуется только на стопе. Активные попытки сохранения конечности путем выполнения дистальных ампутаций стопы (ДАС) у больных с ХАННК наталкиваются на ряд нерешенных проблем. Одной из них является большое (60–85% случаев) количество местных послеоперационных осложнений, которые зачастую приводят к прогрессированию гнойно-некротических процессов на всю конечность. На наш взгляд, указанные осложнения являются следствием не только прогрессирования основного заболевания, но и результатом ишемических нарушений, вызванных традиционной техникой оперативного вмешательства.

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов ДАС стопы у больных с гнойно-некротическими осложнениями (ГНО) ХАННК путем разработки и внедрения усовершенствований в технику оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения 100 больных с осложнениями ХАННК. Контрольная группа – 40 человек. Им ДАС выполнялись по традиционным методикам, описанным в классических руководствах по оперативной хирургии. Среди них мужчин было 23, женщин – 17, в возрасте от 44 до 82 лет. Средний возраст больных составил 65,2 года. Причиной ГНПС явились у 13 человек облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОАНК), у 27 человек – ишемическая форма синдрома диабетической стопы (СДС). Поражения стопы характеризовались следующими морфологическими изменениями: гангрена пальцев стопы – в 31 случае, гнойно-некротические язвы пальцев с разрушением межфаланговых и плюснефаланговых суставов – в 9 случаях. У всех больных были выявлены сопутствующие заболевания. Все пациенты имели IV степень ХАН. Превалировал дистальный тип окклюзии – у 31 (77,5%) больного. Для оценки степени ишемии стопы и характеристики поражения сосудистого артериального русла использовались: клинические данные (наличие и характер пульсации магистральных сосудов, цвет кожных покровов и их температура, функциональные пробы), реовазография, ультразвуковая доплерография, контрастная ангиография (в случаях окклюзии выше подколенной артерии).

У больных контрольной группы первично были выполнены следующие ДАС: ампутация пальца – 32 случая, ампутация блока пальцев – 7, ампутация сегментов стопы – 1.

В раннем послеоперационном периоде у больных контрольной группы, наряду с общими, отмечены также и местные осложнения со стороны послеоперационной раны и прилегающих мягких тканей. Некроз краев кожных лоскутов различной глубины и протяженности наблюдался у 20 (50%) больных, некроз тканей у основания смежных пальцев либо гангрена смежных пальцев – у 8 (20%) больных, нагноение послеоперационной раны – у 5 (12,5%) больных. Возникшие осложнения потребовали дополнительных операций у 18 (45%) больных, которым выполнено 28 вмешательств. Таким образом, у больных контрольной группы, перенесших ДАС по традиционным методикам местные осложнения в раннем послеоперационном периоде зарегистрированы в 82,5% случаев. Это оказало существенное влияние на результаты лечения в целом. Первичное заживление послеоперационных ран в контрольной группе наблюдалось лишь у 17,5% больных. В тоже время у 30% больных в результате дальнейшего прогрессирования названных осложнений и распространения гнойно-некротических изменений на всю стопу мы вынуждены были выполнить ВАНК. Койко-день в лечении этой группы больных составил 50,2.

Анализ причин местных осложнений показал, что возникновение большого количества «краевых» некрозов обусловлено следующими

причинами. Конечные веточки 1-ой и 4-ой тыльных и подошвенных плюсневых артерий, проходящих между плюсневыми костями и питающие кожу и мягкие ткани этой области, проходят по отношению к соответствующим плюсневым костям изнутри кнаружи, анастомозируя по наружному краю стопы. Поэтому при ампутации 1-го и 5-го пальцев, если выполнять разрез классическим способом Фарабефа медиальный и латеральный края послеоперационной раны будут кровоснабжаться в различной степени. В условиях ХАННК создавшаяся ишемия латерального лоскута может реализоваться в виде некроза кожи и мягких тканей. Именно в этой зоне, по нашим наблюдениям, в первую очередь возникали «краевые» некрозы в послеоперационном периоде. В нашей модификации продольная часть ракеткообразного разреза Фарабефа выполняется сугубо латерально, что препятствует образованию «мертвой» зоны. Идеальным считается завершение малой ампутации стопы наложением первичных швов на рану.

Однако использование чрескожных узловых швов при ушивании ран на стопе в условиях ХАННК часто приводит к краевым некрозам кожи. Поэтому, с целью профилактики краевых некрозов, мы не используем чрескожных узловых швов, а рекомендуем наложение внутрикожного шва по разработанной нами методике (инструкция по применению № 81–0601).

При ампутации пальцев стопы обязательной является резекция головок плюсневых костей. Нередко возникающий после этой операции некроз кожи у основания соседнего пальца, а иногда и гангрена всего пальца обусловлены, на наш взгляд, практически неизбежным повреждением плюсневых артерий, питающих часть соседнего пальца. В связи с этим резекцию головок плюсневых костей необходимо осуществлять субпериостально, оставляя в стороне указанные артерии. Выполнить выделение головок плюсневых костей с помощью обычного распатора в силу их анатомических особенностей практически невозможно. Для этих целей был разработан специальный инструмент, позволяющий выполнять этот этап операции менее травматично (патент РБ № 4067).

Для пересечения плюсневых костей мы отказались от использования костных кусачек. Применение кусачек часто приводит к образованию трещин кости и мелких костных отломков, которые в условиях ХАН, как правило, секвестрируются. В связи с этим кость пересекали пилой, но следует отметить, что применение пилы Джигли в ограниченном пространстве может приводить к повреждению *aa. digitales plantares communes* и *aa. metatarsae dorsales*. Для предупреждения данного осложнения нами также разработан специальный инструмент для защиты мягких тканей и артерий от механического повреждения пилой Джигли (патент РБ № 3811).

При ампутации сегментов стопы объем усечения конечности зависит от обширности поражения некротическим процессом мягких тканей стопы. Выполняя трансарзальные и трансметатарзальные ампутации в любом объеме, мы соблюдали ряд основополагающих принципов. Во-первых, учитывая гораздо более частую некротизацию в послеоперационном периоде дорсального лоскута, культю стопы следует формировать максимально используя подошвенный лоскут. А тыльный лоскут выкраивать на уровне предполагаемой ампутации. Во-вторых, формируемые лоскуты должны быть полнослойными и не подвергаться излишней препаровке. В связи с этим, рекомендуемое максимально высокое выделение и удаление сухожилий при операциях по поводу гнойных процессов на стопе другой этиологии, при ХАННК, может существенно нарушить микроциркуляцию. С этой же целью, в случае необходимости остановки кровотечения, мы отказались от применения электрокоагуляции. В-третьих, также как и в случае ампутации пальцев, при ампутации типа Лисфранка или Шопара резекция суставных поверхностей являлась обязательной. При этом зону пересечения костной ткани необходимо закрывать лоскутами без натяжения так, чтобы кость не оказывала давление на мягкие ткани. Это может быть достигнуто за счет более высокого пересечения костных структур.

Для оценки эффективности предлагаемой методики дистальных ампутаций стопы нами сформирована группа больных, оперированных по поводу ГНО ХАННК с применением указанных выше принципов и технических усовершенствований. В основную группу вошли 60 больных с IV стадией ХАН. Из них мужчин было 46 (76,7%), женщин – 14 (23,3%), в возрасте от 47 до 91 года. Средний возраст составил 67,2 года. Существенных различий в распределении больных по этиологии, характеру морфологических изменений, спектру и частоте сопутствующих заболеваний в контрольной и основной группах не было. Структура выполненных первично ДАС у больных основной группы: ампутация пальца – 33 случая, ампутация блока пальцев – 13, ампутация сегментов стопы – 14.

Результаты и обсуждение. У больных основной группы в раннем послеоперационном периоде в 27 (45%) случаях также наблюдались местные осложнения со стороны послеоперационной раны и прилегающих мягких тканей. Некроз краев кожных лоскутов различной глубины и протяженности – 21 (35%) больной, некроз тканей у основания смежных пальцев либо гангрена смежных пальцев – 2 (3,3%) больных, нагноение послеоперационной раны – 4 (6,7%) больных.

При сравнительном анализе у больных основной группы отмечено снижение общего числа местных осложнений в раннем послеоперационном периоде по отношению к контрольной группе почти в 2 раза. Количество краевых некрозов снизилось в 1,5 раза; нагноений – в

2 раза. Гангрена соседнего пальца зарегистрирована лишь у 3,3% больных основной группы, что в 6 раз меньше, чем в контрольной. Возникшие осложнения потребовали дополнительных операций у 28,3% больных (контрольная группа – 45%), которым выполнено 23 вмешательства.

При анализе результатов наиболее важным показателем, на наш взгляд, стало снижение удельного веса ВАНК с 30% до 12% в основной группе. Также следует отметить, что среди больных с сохраненной конечностью количество пациентов, требующих в дальнейшем амбулаторного лечения, уменьшилось с 25% до 4%.

ФЕДУРУК А.В., ДЕНИЩИК В.М., ХАЦКЕВИЧ Г.А.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД В ЛЕЧЕНИИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Введение

В последние годы отмечен рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП) и частоты его осложнений. Наиболее частый вид некротических поражений при ОП – ложные кисты поджелудочной железы (ЛКПЖ), при которых в 30–50% наблюдений развиваются осложнения, требующие экстренного или срочного оперативного вмешательства.

Одним из вариантов хирургического лечения являются малоинвазивные вмешательства.

Материал и методы

Обобщены результаты лечения 14 больных от 31 до 69 лет с ЛКПЖ в период с 2007 по 2008 год. Женщин было 3, мужчин – 11. Диагноз кисты устанавливали на основании жалоб, данных УЗИ, МРТ, КТ, пункционной цистографии. При УЗИ оценивали структуру и размер ПЖ, диаметр главного панкреатического протока, локализацию, форму, размер и содержимое кисты, определяли оптимальную точку для тонкоигльной аспирационной пункции (ТАП). Связь кисты с протоками ПЖ устанавливали на основании содержания амилазы в пунктате выше ее нормального содержания в плазме крови и контрастировании протоков ПЖ при цистографии.

У 5 больных (35,8%) киста располагалась в области головки ПЖ, у 9 (64,2%) – в области тела и хвоста. Длительность существования кист до начала лечения от 4 недель до 24 месяцев. Объем ЛКПЖ от 80 до 3500 мл. У 4 больных (28,5%) имели место осложнения: нагноение – 2 (14,2%), реактивный плеврит – 1 (7,1%), субкомпенсированная дуоденальная непроходимость – 1 пациент (7,1%).